

Numéro thématique - Transmission d'agents infectieux des soignants à leurs patients

Special issue - Infections transmitted from healthcare workers-to-patients

p.177 **Éditorial / Editorial**

p.179 **Signalements d'infection nosocomiale suggérant des transmissions d'agents infectieux de soignant à patient, France, 2001-2007**

Nosocomial infection mandatory notifications suggesting infections transmitted from healthcare workers-to-patients, France, 2001-2007

p.182 **Transmission nosocomiale du virus de l'hépatite B d'un soignant à un patient, France, 2005**

Nosocomial transmission of hepatitis B from an infected healthcare worker to a patient, France, 2005

p.184 **Gestion d'une épidémie de coqueluche touchant des personnels de santé d'une maternité, France, 2006**

Management of a pertussis outbreak among healthcare workers in a maternity ward, France, 2006

p.187 **Investigations autour d'un cas de tuberculose chez un professionnel en milieu de soin, France, 2004-2007**

Contact tracing for tuberculosis in healthcare settings, France, 2004-2007

p.189 **Épisodes de grippe dans deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dans les Bouches-du-Rhône, France, mars-avril 2008**

Influenza outbreaks in two retirement homes in the Bouches-du-Rhône district, France, March-April 2008

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Florence Lot, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France et pour le comité de rédaction : Catherine Buisson, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Éditorial

Dr Jean-François Gehanno,

Service de médecine du travail et des maladies professionnelles, CHU de Rouen

La possibilité de transmission d'une maladie infectieuse des soignants aux patients est connue au moins depuis les travaux d'Alexander Gordon en 1795 sur la prévention de la transmission de la fièvre puerpérale aux parturientes de l'hôpital d'Aberdeen (Écosse)¹. Le risque soignant-soigné a fait l'objet de rapports sporadiques au cours du XX^e siècle et a pris une importance particulière avec la description dans les années 1980 de cas de contamination de patients par des soignants porteurs de virus hématogènes, en particulier, et par ordre décroissant de fréquence, le virus de l'hépatite B (VHB), celui de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ce numéro du BEH est consacré à cette thématique, avec des articles relatant une épidémie de coqueluche à point de départ soignant, une épidémie de grippe dans deux établissements pour personnes âgées, avec une atteinte des soignants et un rôle probable de certains d'entre eux dans la propagation de l'épidémie, des cas d'infections nosocomiales, notamment chez des soignants, rapportés à l'Institut de veille sanitaire (InVS) entre 2001 et 2007, un cas de transmission soignant-soigné du virus de l'hépatite B, de mécanisme non élucidé, et plusieurs épisodes d'investigations autour de cas d'infection tuberculeuse de soignants.

Ces différents articles illustrent les nombreuses facettes de la transmission soignant-soigné, et s'inscrivent dans une préoccupation croissante du public et des autorités sanitaires. Leur lecture amène un certain nombre de commentaires.

Le premier concerne la prévention primaire de telles contaminations. En effet, c'est une évidence de rappeler que la contamination d'un patient par un soignant impose la contamination préalable du soignant. Il est intéressant de noter que nombre des cas rapportés dans ce numéro auraient été prévenus par une vaccination préalable des personnels ou par le respect des précautions standards. La vaccination des professionnels de santé par le vaccin contre le VHB est obligatoire depuis 1991, mais tous ne sont pas vaccinés. De plus, parmi les sujets vaccinés, tous ne sont pas immunisés, et une politique plus systématique de vérification précoce du taux d'anticorps chez les soignants, indépendamment de l'âge auquel est pratiquée la vaccination, serait sûrement profitable. Par ailleurs, la vaccination contre la coqueluche de l'ensemble des personnels de santé n'est promue que depuis peu. Enfin, le respect des précautions standards n'est pas universel, le cas de transmission du VHB rapporté ici le rappelle cruellement. Un port de gants plus systématique lors de l'ensemble des actes à risque de piqûre (injections sous-cutanées incluses) serait de nature à limiter les risques de contamination par les virus à transmission hématogène. De même, un renforcement du port de masques de protection respiratoire (et pas uniquement du masque chirurgical) face à tout patient qui tousse limiterait les cas de coqueluche ou de tuberculose chez les soignants.

¹ Gordon A. A treatise on the epidemic puerperal fever of Aberdeen. London : GG and J Robinson ; 1795.

Il est souvent décourageant pour les équipes de santé au travail ou d'hygiène de constater que les efforts d'information des soignants dans ce domaine n'apportent pas des résultats à hauteur de leur investissement. Si l'une des explications réside dans la résistance au changement, il faut sûrement également incriminer un manque plus général de culture de prévention, diversement partagé par les professionnels de santé. Si les infirmières et les sages-femmes bénéficient d'une bonne formation à l'hygiène et aux risques professionnels qu'elles encourrent, ce n'est pas le cas des médecins qui ne reçoivent au cours de leurs études que quelques heures de sensibilisation à la prévention des infections nosocomiales et, en moyenne, moins de 10 heures à la prévention des risques professionnels. Une réflexion sur le renforcement de cet enseignement doit être menée.

Dans le contexte économique actuel, le coût de l'ensemble de ces mesures est parfois opposé aux professionnels de la prévention. Certains éléments peuvent apporter des arguments intéressants dans ce débat. L'article de J. Merrer *et coll.* dans ce numéro, qui confirme d'autres études, évoque les coûts directs de la gestion d'un épisode de coqueluche (prélèvements, consultations, moyens humains de secrétariat, de participation aux réunions), estimés à 50 000 euros. En plus de ces coûts directs, on doit évoquer les coûts indirects, plus difficiles à chiffrer, tels que les arrêts de travail des soignants et la perte d'activité qui en découle ou, encore, la perte de confiance des patients. Une étude récente² démontre à ce propos l'impact auprès des patients des scores Icalin³ et donc la préoccupation vis-à-vis des infections nosocomiales quant au choix de la structure dans laquelle ils se feront prendre en charge.

Toutefois si un respect, même rigoureux, de l'ensemble de ces mesures de prévention est de nature à limiter le risque de contamination des soignants, et donc des patients, il ne peut l'annuler totalement. En effet, pour la plupart des infections, la contamination peut survenir à l'extérieur du milieu de soins, que ce soit par voie sexuelle (VHB, VIH) ou respiratoire (grippe, tuberculose, coqueluche). Des procédures de gestion des personnels infectés et des situations à risques sont donc nécessaires.

Concernant les virus à transmission hémato-gène, de telles procédures ont vu le jour dès le début des années 1990 (1991 aux États-Unis, 1992 au Canada), à la suite des cas de transmission soignant-soigné rapportés dans les années 1980. La France a réagi plus tardivement, avec la publication en 2003 et 2005 des avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) sur la gestion du risque de transmission soignant-soigné du VHB, du VHC et du VIH. Ces différentes recommandations reposent sur des données scientifiques communes, et diffèrent donc peu en termes de préconisations, proposant globalement un examen de chaque situation par un collège d'experts et une restriction éventuelle d'activité. Toutefois, les conditions de mise en œuvre sont plus diverses. Ainsi, alors que les recommandations américaines et anglaises ont une approche coercitive, les recommandations françaises ne restent qu'indicatives et n'évoquent pas assez les conditions exactes de saisine de ces comités d'experts. La situation théorique la plus favorable est que le soignant, conscient des risques potentiels qu'il peut faire courir à ses patients et de sa mission première (*Primum non nocere*), requière lui-même l'avis de ce collège d'experts et qu'il se soumette à ses recommandations. Toutefois, que faire en cas de refus d'un soignant de solliciter ce collège d'experts ? Le risque collectif, l'obligation de déclaration de certaines infections nosocomiales et la portée générale et absolue du secret médical entrent alors en conflit. Plusieurs épisodes récents ont pointé le caractère inextricable de telles situations et la difficulté de la mise en place d'une enquête rétrospective pour les patients exposés. De plus, en l'absence actuelle de dispositif social et financier de prise en charge d'une éventuelle réduction d'activité du soignant concerné (que devient un chirurgien qui ne peut plus opérer ?), on peut suspecter le caractère illusoire d'un impact significatif des recommandations édictées. Enfin, la place respective des équipes de santé au travail et des équipes opérationnelles d'hygiène dans ce domaine mériterait d'être clarifiée, en fonction de leurs missions et compétences respectives.

Le cas des personnels infectés par des germes à transmission respiratoire ou cutanée pose en général moins de problème, notamment en raison du caractère temporaire du risque de contamination. Le soignant est souvent moins réticent à solliciter le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le médecin du travail, comme dans le cas rapporté ici par J. Merrer *et coll.* On peut signaler toutefois la situation parfois délicate des médecins du travail qui n'ont pas dans leurs attributions, selon l'interprétation actuelle du Code du travail, de prendre en considération le risque encouru par les patients dans leurs avis, ce qui semble nuisible à une prise en charge optimale du problème⁴.

Globalement, une fois l'alerte donnée, la gestion des risques encourus par les patients ayant été pris en charge par des soignants potentiellement contaminants apparaît complexe, ainsi que l'illustrent les articles de ce numéro thématique. Ils soulignent la lourdeur de ces rappels qui doivent impliquer les acteurs locaux (équipe opérationnelle d'hygiène, service de santé au travail, Clin), mais également régionaux (CClin, Ddass), voire nationaux (InVS), et leur rentabilité parfois limitée. Ainsi, D. Noël *et coll.* indiquent que « le rendement des investigations autour de cas de tuberculose chez des personnels d'établissement de santé est très faible et pourrait conduire à revoir certaines recommandations sur le périmètre de ces investigations ».

Tout cela doit inciter les établissements et les soignants eux-mêmes à se préparer le mieux possible à la gestion de ces épisodes, parfois inévitables. Il est également nécessaire de faire prendre conscience aux soignants de leur responsabilité dans ce domaine et, notamment, de se soumettre aux dépistages nécessaires en cas d'accident les exposant à un risque de contamination. Enfin, il convient d'insister encore auprès des soignants sur l'importance du respect des mesures de prévention primaire, en leur rappelant qu'ils ne seront pas des soignants meilleurs ou plus efficaces en s'affranchissant des mesures de prévention, mais qu'ils seront juste soignants moins longtemps.

² Merle V et al. *J Hosp Infect.* 2009 ;71(3) :263-8.

³ Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

⁴ Gehanno JF & Abiteboul D. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* 2006 ;67(4) :603-6.